

- Klejmenova G.N. i dr.]. - Rezhim dostupa - //URL: http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1349:2011-09-13-12-46-36&catid=25:the-project
34. Gincburg A.L. Bakterial'nye bioplenki kak estestvennaja forma sushestvovanija bakterij v okruzhajushhej srede i organizme hozjajina / A.L. Gincburg, Ju.M. Romanova // Zhurnal mikrobiologii, jepidemiologii i immunologii. – 2011. – №3. – С. 99-109.
35. Subramani K. Biofilm on dental implants: a review of the literature / K. Subramani, R.E. Jung, A. Molenberg, C.H. Hammerle // The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants. – 2009. - №24 (4). – P. 616-626.
36. Kroes I. Bacterial diversity within the human subgingival crevice / Kroes I., P.W. Lepp, D.A. Reiman // Proc Natl Acad Sci USA. – 1999. - №96 (25). – P. 14547-14552.
37. Cepov L.M. Fotodinamicheskaia terapija v kompleksnom lechenii parodonta / L.M. Cepov, D.A. Nakonechnyj, N.A. Goleva [i dr.]. - Institut stomatologii. – 2011. – №2 (52). – С. 58-59.
38. Pobozh'eva L.V. Rol' bioplenki v patogeneze vospalitel'nyh zabolevanij polosti rta i sposoby ee ustraneniya / L.V. Pobozh'eva, I.S. Kopeckij // Lechebnoe delo. – 2012. – №2. – С. 9-13.
39. Flemmig T. Control of oral biofilms / T. Flemmig, T. Beikler // Periodontology. - 2000. – №55. – P. 9-15.

Реферат

БИОПЛЁНКА В СТОМАТОЛОГИИ

Тончева Е.Д.

Ключевые слова: биоплёнка, микроорганизм, зубная бляшка, зубной камень, экзополисахаридный матрикс.

Важным аспектом ежедневной работы врача стоматолога есть чёткое понимание биологии процессов, происходящих в полости рта. Долгие годы микробиология и иммунология казались очень далёкими от клинической работы, но накопленные знания подталкивают нас к изменениям наших клинических решений. Одна из самых исследуемых и противоречивых тем - тема биоплёнки. Многие исследования показали, что более 80% инфекционных заболеваний, в том числе воспалительных заболеваний полости рта, вызваны микробной биоплёнкой. Литературный обзор содержит данные о роли биоплёнок в стоматологии, их развитии, взаимосвязи микроорганизмов внутри биоплёнок и основные методы их устранения. Также в статье обоснована необходимость дальнейшего изучения биоплёнок для понимания этиологии и патогенеза воспалительных процессов в ротовой полости, а также дальнейшей возможности прицельно проводить лечебные мероприятия разрывая сложные цепочки жизнедеятельности и взаимоотношений микроорганизмов.

Summary

BIOFILM IN DENTISTRY

Toncheva K.D.

Key words: biofilm, bacteria, dental plaque, tartar, ekzopolisaharydnyy matrix.

An important aspect of daily dental practice is clear understanding the biology of the processes occurring in the mouth. For years, microbiology and immunology seemed very far from clinical practice, but knowledge gained encourages us to review our clinical decisions. One of the most controversial subjects is an issue on biofilm. Many studies have shown that over 80% of infectious diseases, including oral inflammatory diseases are caused by microbial biofilms. This review article comprises data on the role of biofilms in dentistry, their development, interrelation between micro-organisms within biofilms, and basic techniques to eliminate them. This article also substantiates the relevance of further study of biofilms for understanding the etiology and pathogenesis of oral inflammatory processes and further opportunities to implement therapeutic measures aimed at breaking down complex chain of life and interrelationships of microorganisms.

УДК: 616–053.3/.5–071–082

Шкурупій Д.А., Гришко Ю.М.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ДИТЯЧОГО ВІКУ В АСПЕКТІ ПЕРЕБІГУ І ФІЗИКАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В роботі проаналізовані анатомо-функціональні особливості дитячого віку з позиції розвитку невідкладних станів. Розуміння цих особливостей дозволяє прогнозувати перебіг і оптимізувати діагностику невідкладних станів у дітей на етапі первинної медико-санітарної допомоги.

Ключові слова: діти, невідкладна допомога, фізикальна діагностика, первинна медико-санітарна допомога.

Безпосередня загроза життю людини, яка знаходиться в невідкладному стані, вимагає від інших людей негайних дій по врятуванню потерпілого. Кожна дієздатна особа несе карну відповідальність за невиконання цих дій. Визначення невідкладного стану законодавчо закріплене і трактується як раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи

зовнішніх причин[1, 2].

Лікар загальної практики – сімейної медицини зобов'язаний надати невідкладну допомогу, організація якої проходить на догоспітальному етапі. Її метою є надання такого обсягу медичної допомоги, який був би мінімально достатнім для ліквідації безпосередньої загрози життя пацієнтів усіх вікових груп, в т.ч – дитячому населенню. У дітей, особливо – раннього віку, анатомо-функціональні особливості (АФО) визначають не лише частіше виникнення невідкладних ста-

нів, а й їх своєрідний перебіг, що зумовлює і особливості діагностики цих станів [3,4]. Крім того, в умовах етапу первинної медико-санітарної допомоги застосування методів лабораторної і інструментальної діагностики є обмеженими. Відтак, важливого значення набувають навички фізикальної діагностики невідкладних станів у дітей [8,9].

Пропорції й тип будови тіла дитини обумовлюють низку функціональних особливостей. Найбільше практичне значення мають гіперсомний і лептосомний типи конституції, оскільки вони характеризуються дисгармонійним розвитком. Гіперсомний тип характеризується завищенням показників росту і ваги, нерідко супроводжується посиленням розвитком підшкірно-жирового шару, схильністю до гіпертермії, парасимпатикотонії, брадикардії, швидкого набряку голосового підв'язкового простору, обструкції бронхіального дерева, різкого розвитку дихальної недостатності. Лептосомний тип характеризується відставанням у рості та вазі від норми, схильністю до симпатикотонії, тахікардії, підвищеної дратівливості та збудливості.

Межі адекватного температурного режиму у дітей раннього віку обмежені через велику поверхню тіла, слабо розвинуту підшкірну клітковину, недостатнє потовиділення, слабкий розвиток м'язової тканини, що не дає можливості збільшувати теплопродукцію за рахунок ознобу. Діти з критично низькою масою тіла при народженні приймають температуру навколишнього середовища. Надлишкова втрата енергії передчасно народженою дитиною призводить до гіпоксії, гіпоглікемії, зростання рівня непрямого білірубину, розвитку метаболічного ацидозу, що посилюються через формування „зачарованого кола” [10]. Однак, може виникнути і протилежна ситуація: близько 90% теплової енергії в ранньому дитячому віці втрачається через шкіру, тому перебування дитини в навколишньому середовищі із занадто високою температурою й підвищеною вологістю може швидко спричинити розвиток тяжкого гіпертермічного синдрому. У дітей перших трьох років життя часто розвивається спазм мікроциркуляторного русла, що різко обмежує тепловиділення, призводячи до гіпертермічного синдрому.

АФО нервової системи наявні протягом декількох років від народження. Кількість клітин головного мозку і міжнейронних зв'язків замалі, а нервові клітини не завершили повного диференціювання. Через це в немовлят захисним механізмом нервової системи є генералізована дифузна реакція на будь-які зовнішні подразники у вигляді гіпертермії, апное чи тахіпное, судом та ін. Регулюючий вплив кори головного мозку знижений. Це зумовлює підвищеність рефлексів, які здійснюються через підкіркові відділи мозку, а рухова активність на подразники проявляється у вигляді імпульсивних рефлексорно-стереотипних і атетозоподібних реакцій, що зу-

мовлює схильність дітей до судомних реакцій. Вищий уміст рідини в тканинах головного мозку і інтенсивність енергетичного обміну зумовлюють схильність до набряку мозку і підвищення імовірності судом на цьому фоні, призводять до швидкого виснаження нервових реакцій. У дітей переважають симпатикотонічні впливи. У критичних станах це проявляється більшою компенсованістю функції серцево-судинної системи і швидкою декомпенсацією дихальної системи [11]. Так, одним із перших проявів неонатального шоку може бути клініка у вигляді дихальних розладів, а не у вигляді порушень системної гемодинаміки. У дітей раннього віку особливості вегетативної регуляції також створюють своєрідну картину розвитку шоку: навіть після дії надпорогового чинника в дітей цієї вікової групи певний час утримуються відносно стабільні гемодинамічні параметри, що може маскувати картину тяжкості ураження. Проте, після виснаження симпатикотонічної підтримки різко розвивається картина тяжкого шоку. Хеморецептори каротидного синуса в новонароджених інколи не функціонують, що може призвести до апное на фоні гіпоксії. У новонароджених і дітей раннього віку підвищена проникність гематоенцефалічного бар'єру, в т.ч. - для токсичних речовин. Для фізикальної діагностики невідкладних станів у дітей важливий той факт, що класичні симптоми подразнення мозкових оболонок (ригідність потиличних м'язів, симптоми Керніга, Брудзинського) до 3-4 - місячного віку є фізіологічними, тому діагностичне значення в цей період мають додаткові симптоми: вибухання, напруження і пульсація великого тім'ячка (визначається в дітей до 1 року до закриття тім'ячка); симптом Флатау – розширення зіниць за швидкого нахилу голови вперед; симптом Лесажа – підтягнення нижніх кінцівок до живота під час піднімання дитини під пахви.

АФО дихальної системи дітей зазнають низки змін, починаючи уже з моменту пологів. Діти більше схильні до розвитку дихальної недостатності, причинами чого є низький синтез сурфактанту у новонароджених із малим гестаційним віком; вища потреба в кисні, менша чутливість дихального центру до зниження парціального тиску кисню, що затримує адаптацію параметрів дихання при виникненні гіпоксії; збільшення ціни дихання в новонародженого пропорційно зростанню частоти, глибини дихання й опору дихальних шляхів; нездатність до ротового дихання, вузькість хоан, голосової щілини і трахеї, відносно великий розмір язика, добре розвинута лімфатична тканина ротоглоткового кільця, високе стояння гортані; горизонтальне розташування ребер, відносно слабкий розвиток дихальної мускулатури, високе стояння діафрагми внаслідок підвищеного внутрішньочеревного тиску, активного газоутворення в кишечнику й аерофагії. Вузькі, добре васкуляризовані носові ходи, трахея і бронхи спричиняють високий ризик їх травми-

зації, розвиток обструктивного синдрому і стенозу гортані через набряк підзв'язкового шару при вірусних інфекціях дихальних шляхів. Через АФО органів дихання в дітей переважають дихальні причини клінічної смерті, припинення кровообігу є вторинним на тлі тяжкої гіпоксемії, а наслідки серцево-легеневої реанімації більш несприятливі. Для фізикальної діагностики ступеня дихальної недостатності у дітей можна орієнтуватись на наступні параметри: I ступінь – симптоми виникають при фізичному навантаженні (яким у дітей раннього віку вважається плач і акт смоктання) у вигляді задишки, периорального ціанозу, втягненні в ділянці мечоподібного відростка та міжреберних проміжків; II ступінь – аналогічні симптоми наявні в спокої, активується робота груднино-ключично-соскоподібних м'язів, різке западання під час вдиху яремної вирізки, наявне парадоксальне дихання за типом гоїдалки, психомоторне збудження, гіпергідроз, сталий ціаноз носогубного трикутника під час дихання атмосферним повітрям; III ступінь – задишка та стійкий акроціаноз у спокої, психомоторне збудження змінюється пригніченням, в акті дихання значно виражена робота м'язів черевного пресу, наявні періодичні короткочасні апное; IV ступінь – тотальний ціаноз, агональне дихання, апное.

У ранньому дитячому віці наявна тенденція до тахікардії і судинного спазму за рахунок симпатикотонії, однак з віком поступово починають посилюватись впливи парасимпатичного відділу нервової системи. У дітей віком 1-7 років і у підлітковому віці спостерігається дихальна аритмія, брадикардія й уповільнення передсердно-шлуночкової провідності. Вікові мінливості показників серцево-судинної системи у дітей зумовлюють особливості діагностики шоківих станів: шоківий індекс Альговера (відношення пульсу до систолічного артеріального тиску, який у нормі дорівнює 0,5) може бути використаний лише в дітей після 13 років; визначення величини крововтрати слід розраховувати за фізіологічними для певного віку параметрами (наприклад, втрата 50 мл крові дорівнює крововтраті в 14,3% об'єму циркулюючої крові у новонароджених, 6,6% – у немовлят і 0,7% – у пацієнтів старшого віку). Дефіцит об'єму циркулюючої крові має і клінічні характеристики: до 10% – липкі слизові оболонки, тістоподібна консистенція шкіри і підшкірної клітковини, кінцівки теплі, параметри дихання і гемодинаміки у межах вікової норми, симптом „блідої плями” до 3 сек., діурез знижений, свідомість не змінена; 10-20% – сухість шкіри і слизових оболонок, кінцівки нижче ліктьових і колінних суглобів холодні, ціаноз носогубного трикутника, параметри дихання і гемодинаміки збільшені до 30% від вікової норми, артеріальний тиск знижується в ортостатичному положенні, симптом „блідої плями” 3-5 сек., діурез знижений, спостерігаються дратливість, неспокій; 20-30% – сухість шкіри і слизових оболонок, кін-

цівки холодні по всій довжині, акроціаноз, параметри дихання і гемодинаміки збільшені в межах 30-40% від вікової норми, симптом „блідої плями” понад 5 сек., діурез відсутній, рівень свідомості – сопор; 30-50% – сухість шкіри і слизових оболонок, кінцівки холодні по всій довжині, шкіра з мармуровим відтінком, підшкірні вени запалі, параметри дихання і гемодинаміки більше ніж на 40% від вікової норми, пульс слабкий чи не визначається, симптом „блідої плями” понад 5 сек., діурез відсутній, рівень свідомості – кома [12].

У немовлят превалює харчовий рефлекс: будь-які речовини, що потрапляють до ротової порожнини, викликають автоматичний неконтрольований акт ковтання. Це зумовлює тяжкі ураження від опіків припікальними рідинами, часті отруєння лікарськими препаратами та потрапляння сторонніх тіл у стравохід і шлунок. Кардіальний сфінктер шлунка в молодших дітей розвинутий слабо, що разом із горизонтальним положенням шлунка, частою аерофагією, уповільненою шлуноковою евакуацією і недосконалою нервовою регуляцією пілоричного відділу (що часто призводить до пілороспазму) створюють передумови для регургітації шлунокового вмісту і його аспірації. З іншого боку, перебіг хімічного пневмоніту за типом синдрому Мендельсона у дітей мусить бути легшим через вищий рН шлунокового соку. Кишечник у дітей більш рухомий, але іннервація його незбалансована, що призводить не тільки до перистальтичних, але і до антиперистальтичних рухів. Ці особливості обумовлюють розвиток ентоерогастрального та гастроентерофагального рефлюксів. У ранньому дитячому віці підвищується ризик розвитку інвагінації кишечника, найбільш вірогідними фоновими чинниками якої є дисгармонійні скорочення поздовжньої і циркуляторної мускулатури стінки кишечника, добре розвинута лімфоїдна тканина кишечника, що сприяє набряку його стінки, підвищена рухомість сліпої та здухвинної кишок за наявності в них спільної брижі й недорозвинутість ілеоцекального кишкового клапана. Масивне кровопостачання печінки на тлі незрілості її ферментних систем у дітей раннього віку сприяє швидкому розвитку печінкової недостатності з розладами гемодинаміки. До того ж, печінка разом із селезінкою є одними з основних органів ретикулоендотеліальної системи. Відповідно, розлади гепатоспленічної гемодинаміки провокують зниження імунного опору організму і сприяють поширенню інфекційного процесу.

Фільтраційна здатність нирок у дітей раннього віку майже в 2 рази нижча, ніж у дорослих, що слід ураховувати у проведених інфузійній терапії. Функція концентрації і реабсорбція провізорної сечі також знижені, проте реабсорбція натрію вища, ніж у дорослих, що сприяє затримці рідини в організмі. Незрілість каналців нирок до синтезу аміаку та низький уміст фосфатів у провізорній сечі дітей першого року життя обумовлюють їхні низькі компенсаторні можливості до ре-

гуляції кислотно-лужного стану, тому немовлята схильні до метаболічного ацидозу. Для швидкої діагностики розвитку гострої ниркової недостатності може бути використаний темп погодинного діурезу, який в нормі у дітей до 1 року коливається в межах 2-5 мл/кг/год., від 1 року – 1-1,5 мл/кг/год.

АФО ендокринної системи насамперед стосується щитовидної залози, наднирників і підшлункової залози. Щитовидна залоза проявляє функціональну активність щодо тиреоїдних гормонів лише з 3-місячного віку, в 6 місяців активність цих гормонів складає біля 50% активності в дорослих, а до 9 місяців вона навіть перевищує активність відповідних гормонів у дорослих у 1,5 рази. Проте „фізіологічний гіпотиреоз”, викликаний низьким рівнем тиреоїдних гормонів у першому півріччі життя може сприяти затримці рідини і, зокрема, обумовлювати набряк підслизового шару. Ще один гормон щитовидної залози – кальцитонін – має високу концентрацію. Зниження концентрації іонів кальцію в крові під дією цього гормону обмежує активацію ряду ендокринних залоз, для яких іони кальцію є стимулятором секреції, і сприяє розвитку гіпокальціємічних судом. У наднирниках до 10-річного віку переважає кіркова речовина. Незважаючи на меншу величину мозкового шару наднирників, активність симпатoadреналової системи проявляється одразу після народження. Мозкова речовина наднирників реагує на стрес менш активно, але це компенсується значною активацією парагангліїв симпатичної нервової системи, які активно виробляють катехоламіни. У період новонародженості й раннього дитячого віку кількість β-клітин підшлункової залози, які виробляють інсулін, переважає над кількістю α-клітин, що продукують глюкагон. З одного боку, це сприяє адекватному енергетичному забезпеченню клітин на тлі підвищеного основного обміну дітей, з іншого – швидко призводить до гіпоглікемії в патологічних станах.

Для дітей раннього віку характерна лабільність кровотоку під дією несприятливих зовнішніх факторів. З іншого боку, у них наявна висока здатність клітин крові до регенерації. В'язкість крові на першому тижні життя вища, ніж у дорослих. Високим є і показник гематокриту, який сягає показників дорослої людини лише в 15 років. Діти мають вищий уміст в одиниці об'єму як формених елементів крові, так і гемоглобіну. Ці два фактори, безперечно, відрізняють реологічні властивості крові дітей та дорослих. Особливістю кисневотранспортної функції крові в дітей першого місяця життя є наявність великої кількості (біля 70% його загальної кількості) фетального гемоглобіну. Для нього властиві висока резистентність до лужного середовища і сильна зв'язувальна здатність щодо кисню. При цьому віддача кисню до тканин низька, що зумовлює швидкий розвиток тканинної гіпоксії. У дітей раннього віку наявний фізіологічний

лейкоцитоз, а лейкоцитарна формула зазнає вікових змін із періодичним переважанням то лімфоцитарного, то нейтрофільного паростку, що сприяє відповідній чутливості до бактеріального чи вірусного інфекційних процесів.

АФО дитячого віку мають суттєвий вплив на формування, перебіг і клінічні прояви невідкладних станів. В умовах обмеженого використання лабораторних і діагностичних методів на етапі надання первинної медико-санітарної допомоги важливого значення набувають фізикальні критерії діагностики невідкладних станів, які слід використовувати із урахуванням АФО дитячого віку.

Література

1. Закон України «Про екстрену медичну допомогу»: за станом на 05.07.2012/ Відомості Верховної Ради України, 2013.-№30 (26.07.2013).-ст. 340.
2. Науково-практичний коментар Кримінального кодексу України / За ред. М. І. Мельника, М. І. Хавронюка. - К. : Юридична думка, 2012. - 1316 с.
3. Про затвердження Переліку станів і захворювань, що найчастіше зустрічаються у практиці надання первинної медичної допомоги лікарями загальної практики - сімейними лікарями: наказ № 241 від 27.03.2013 р. // Зб. нормат.-директивних док. з охорони здоров'я. - 2013. - № 9. - С. 19.
4. Анестезія та інтенсивна терапія в дітей / М.А. Георгіянц, Д.А. Шкурупій, В.І. Похилько, В.А. Корсунов. - Полтава : Техсервіс, 2006. - 312 с.
5. Интенсивная терапия в педиатрии / [В. И. Гребенников, В. В. Лазарев, А. У. Лекманов и др.]; под ред. В. А. Михельсона. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2008. -556 с.
6. Курек В.В. Анестезиология, реаниматология и интенсивная терапия детского возраста / В.В. Курек, А.В. Кулагин. - М.: Издательство «МИА», 2011.-992 с.
7. Цыбулькин Э.К. Угрожающие состояния в педиатрии: экстренная врачебная помощь / Э. К. Цыбулькин. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2013. -224 с.
8. Абдрахманов К.Б. Факторы, влияющие на регуляцию артериального давления у новорожденных детей / К.Б. Абдрахманов, Г.А. Тулегенова, А.Т. Калиева // Сборник материалов XI Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». - М. : «ГЭОТАР-Медиа», 2007. - С. 3.
9. Антонов И.И. Температурный гомеостаз и гипероксия / И.И. Антонов. - М.: Медицина, 1989. - 224 с.
10. Вельтищев Ю.Е. Обмен веществ у детей / Ю.Е. Вельтищев, М.В. Ермолаев, А.А. Ананенко, Ю.А. Князев - М. : Медицина, 1983. - 462 с.
11. Зеденизова Е.В. Особенности церебрального кровотока и центральной гемодинамики у детей первого года жизни, перенесших асфиксию новорожденного : Автореф. на соискание учен.степени. канд. мед. наук. - СПб. : 2006. - 18 с.
12. Кохно В.Н. Критерии тактического решения у новорожденных в критическом состоянии / В.Н. Кохно, А.Н. Шамаков, О.Б. Левин // Анестезиол. и реаниматол. - 2005. - № 1. - С. 44-46.

References

1. Zakon Ukraini «Pro ekstrenu medicynu dopomogu»: za stanom na 05.07.2012/ Vidomosti Verhovnoi Radi Ukraini, 2013.-№30 (26.07.2013).-st. 340.
2. Naukovo-praktichnij komentar Kriminal'nogo kodeksu Ukraini / Za red. M. I. Mel'nika, M. I. Havronjuka. - K. : Juridichna dumka, 2012. - 1316 s.
3. Pro zatverdzhennja Pereliku staniv i zahvorjuvan', shho najchastishe zustrichajut'sja u praktiki nadannja pervinnoi medicjnoi dopomogi likarjami zagal'noi praktiki - simejnimi likarjami: nakaz № 241 vid 27.03.2013 r. // Zb. normat.-direktivnih dok. z ohoroni zdorov'ja. - 2013. - № 9. - S. 19.
4. Anestezija ta intensivna terapija v ditej / M.A. Georgijanc, D.A. Shkurupij, V.I. Pohil'ko, V.A. Korsunov. - Poltava : Tehservis, 2006. - 312 s.
5. Интенсивная терапия в педиатрии / [В. И. Гребенников, В. В. Лазарев, А. У. Лекманов и др.]; под ред. В. А. Михельсона. - М. : GJeOTAR-MED, 2008. -556 с.
6. Kurek V.V. Anestezijologija, reanimatologija i intensivnaja terapija detskogo vozrasta / V.V. Kurek, A.V. Kulagin. - M.: Izdatel'stvo «MIA», 2011.-992 s.
7. Cybul'kin Je.K. Ugrozhajushhie sostojanija v pediatrii: jekstrennaja vrachebnaja pomoshh' / Je. K. Cybul'kin. - M. : GJeOTAR-MED, 2013. -224 s.
8. Abdrahmanov K.B. Faktory, vlijajushhie na reguljaciju arterial'nogo davljenja u novorozhdennyh detej / K.B. Abdrahmanov, G.A.

- Tulegenova, A.T. Kalieva // Sbornik materialov XI Kongressa pediatrov Rossii «Aktual'nye problemy pediatrii». – M. : «GJeOTAR-Media», 2007. – S. 3.
9. Antonov I.I. Temperaturnyj gomeostaz i giperoksija / I.I. Antonov. – M.: Medicina, 1989. – 224 s.
10. Vel'tishhev Ju.E. Obmen veshhestv u detej / Ju.E. Vel'tishhev, M.V. Ermolaev, A.A. Ananenko, Ju.A. Knjazev – M. : Medicina, 1983. – 462 s. Veselkova I.N. Kak sohranit' naciju / I.N. Veselkova, Ju.M. Komarov. – M. : IКC «Akademkniga», 2002. – 429 s.
11. Zedgenizova E.V. Osobennosti cerebral'nogo krovotoka i central'noj gemodinamiki u detej pervogo goda zhizni, perenesshih asfiksiju novorozhdennogo : Avtoref. na soiskanie uchen.stepeni. kand. med. nauk. – SPb. : 2006. – 18 s.
12. Kohno V.N. Kriterii takticheskogo reshenija u novorozhdennyh v kriticheskom sostojanii / V.N. Kohno, A.N. Shmakov, O.B. Levin // Anesteziol. i reanimatol. – 2005. – № 1. – S. 44-46.

Реферат

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В АСПЕКТЕ ТЕЧЕНИЯ И ФИЗИКАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ.

Шкурупий Д.А., Гришко Ю.М.

Ключевые слова: дети, неотложная помощь, физикальная диагностика, первичная медико-санитарная помощь.

В работе проанализированы анатомо-функциональные особенности детского возраста с позиции развития неотложных состояний. Понимание этих особенностей позволяет прогнозировать течение и оптимизировать диагностику неотложных состояний у детей на этапе первичной медико-санитарной помощи. Врач общей практики - семейной медицины обязан оказать неотложную помощь, организация которой проходит на догоспитальном этапе. Ее целью является оказание такого объема медицинской помощи, который был бы минимально достаточным для ликвидации непосредственной угрозы жизни пациентов всех возрастных групп, в т.ч – детскому населению. У детей, особенно – раннего возраста, анатомо-функциональные особенности (АФО) определяют не только более частое возникновение неотложных состояний, а и их своеобразное течение, что обуславливает и особенности диагностики этих состояний. Кроме того, в условиях этапа первичной медико-санитарной помощи применение методов лабораторной и инструментальной диагностики являются ограниченными. Таким образом, важное значение приобретают навыки физикальной диагностики неотложных состояний у детей. АФО детского возраста имеют существенное влияние на формирование, течение и клинические проявления неотложных состояний. В условиях ограниченного использования лабораторных и диагностических методов на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи важное значение приобретают физикальные критерии диагностики неотложных состояний, которые следует использовать с учетом АФО детского возраста.

Summary

AGE-RELATED CHARACTERISTICS OF CHILDHOOD IN TERMS OF COURSE AND PHYSICAL DIAGNOSIS OF EMERGENCIES IN PRIMARY HEALTH CARE.

Shkurupiy D.A., Hryshko Yu.M.

Key words: children, emergency care, physical diagnosis, primary health care.

Anatomical and functional characteristics of childhood from the perspective of the development of emergency conditions are presented in this article. Understanding these characteristics enables to predict and to optimize the diagnosis of emergencies in children at the stage of providing primary care. General practitioners must provide emergency care, the organization of which runs the pre-hospital stage. Its purpose is to provide such health care, which would be minimally sufficient to avert life-threatening conditions for patients of all ages, including children's population. In children, and especially in young children, anatomical and functional features (AFF) are determined not only by more frequent occurrence of emergency conditions, but by their peculiarity for particular causes and diagnosis of these conditions. In addition, at the stage of primary health care the using laboratory and instrumental diagnostic techniques is limited. Thus, it is important to acquire skills of physical diagnosis of emergencies in children.